APR 30 '30
Lane Medical Library

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE
FACULTÉ DE MÉDECINE
Clinique dermatologique universitaire, Lausanne
(Dir. Prof Dr Ramel)

CONTRIBUTION

à l'étude de la

Syphilis lupoïde de la face

et de son diagnostic différentiel avec la tuberculose cutanée

THÈSE

PRÉSENTÉE PAR

M. A. L. SALAZAR
DE CHICAGO U. S. A., MÉDECIN DIPLÔMÉ

POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

LIBRAIRIE PAYOT & Cie
LAUSANNE - GENÈVE - NEUCHATEL
VEVEY - MONTREUX - BERNE

1929

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

FACULTÉ DE MÉDECINE

Clinique dermatologique universitaire, Lausanne
(Dir. Prof Dr Ramel)

CONTRIBUTION

à l'étude de la

Syphilis lupoïde de la face

et de son diagnostic différentiel avec la tuberculose cutanée

THÈSE

PRÉSENTÉE PAR

M. A. L. SALAZAR

DE CHICAGO U. S. A., MÉDECIN DIPLÔMÉ

POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

LIBRAIRIE PAYOT & Cie
LAUSANNE - GENÈVE - NEUCHATEL
VEVEY - MONTREUX - BERNE

1929

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

FACULTÉ DE MÉDECINE

La Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne, sans se prononcer sur les opinions du candidat et ensuite des rapports favorables de MM. les Professeurs **Ramel et Barraud** autorise l'impression de la thèse intitulée : **Contribution à l'étude de la syphilis lupoïde de la face et de son diagnostic différentiel avec la tuberculose cutanée** présentée par **M. A. L. Salazar** médecin diplômé de Chicago U. S. A. pour l'obtention du grade de Docteur en médecine.

Lausanne, le 15 août 1929.

Le Doyen :
Dr BARRAUD

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0000mals

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE
FACULTÉ DE MÉDECINE

Contribution

à l'étude de

la syphilis lupoïde de la face

et de son diagnostic différentiel avec la tuberculose cutanée

Malgré les différences essentielles qui séparent, du point de vue biologique, le protozoaire, qu'est le tréponème pâle, du parasite végétal représenté par le bacille de Koch, lues et tuberculose empruntent sous certaines conditions des masques si semblables que la distinction entre les deux maladies présente les plus grandes difficultés. Et c'est peut être dans leurs manifestations cutanées que les deux maladies ont, de tout temps, prêté le plus à confusion. Nonobstant les nombreux signes cliniques par lesquels les anciens auteurs, morphologistes incomparables, se sont efforcés de préciser le diagnostic différentiel de la lues, ils n'ont jamais pu affirmer sans appel, par les seuls moyens de la clinique, la nature véritable de certains syndromes cutanés, dont les caractères cliniques suggéraient aussi bien l'idée d'une syphilis lupoïde que d'une tuberculose syphiloïde. Nous retrouvons d'ailleurs dans la terminologie historique les traces de cette incertitude et nous citerons pour mémoire ce « lupus syphilitique », terme par lequel LANG désignait entre autres les gommes miliaires des muqueuses buccale et palatine, dont les difficultés du diagnostic différentiel sont bien connues des oto-rhino-laryngologues.

L'incertitude des anciens cliniciens devant ces complexes

symptomatiques devait, en toute logique, leur inspirer la notion des lésions hybrides dont Ricord, avec son « scrofulate de vérole », nous donne le meilleur exemple. Après lui, Leloir étendit à la peau cette notion d'hybridité et décrivit un lupus syphilitique dans lequel il s'imaginait retrouver les éléments spécifiques combinés de l'une et l'autre maladie. Il appuyait sa conception d'une part sur l'inoculation positive au cobaye du tissu suspect, d'autre part sur le succès thérapeutique partiel, obtenu par le mercure sur les lésions cutanées. Cette régression relative représentait, à son idée, la part de la lues, cependant que les lésions persistant au delà du traitement constituaient l'élément tuberculeux du complexe. Cette notion d'hybridité étayée en grande partie sur des arguments cliniques n'a pas résisté à l'épreuve des nouvelles méthodes de diagnostic que devait bientôt fournir le laboratoire. Nous savons aujourd'hui que l'hybridité de germes ou de lésions entre tuberculose et syphilis cutanées est plus rare que ne pourrait le faire penser la clinique : les apparences d'association qu'elle nous montre sont susceptibles d'une autre interprétation objective.

L'avènement de l'histopathologie donna au problème qui nous occupe une solution séduisante et, en apparence, définitive. Dans la seconde moitié du 19e siècle, en effet, les travaux de Langhans (1868), Koester (1869), Rindfleisch (1877), Grancher et Thaon (1873-1878), apportaient une formule histologique typique de la tuberculose : le follicule tuberculeux. Ce type histopathologique fut longtemps considéré comme spécifique des lésions relevant du bacille tuberculeux ; ceci jusque vers 1880 où les travaux de Cornil et Ranvier montrèrent le caractère erroné de cette notion d'une spécifité histologique de la tuberculose. Car ces deux auteurs dénonçaient la présence d'une structure tuberculeuse, ou mieux tuberculoïde, au sein de tissus inflammatoires dont l'étiologie était sûrement distincte de la tuberculose. En particulier, la présence de follicules aussi caractéristiques que ceux décrits dans la tuberculose vraie était notée dans les granulomes syphilitiques. Ainsi s'écroulait un des arguments que l'on pensait le plus apte à trancher la question du diagnostic différentiel entre lues et tuberculose. Nous savons aujour-

d'hui quelle interprétation nous devons donner de la structure tuberculoïde, réaction tissulaire commune à tout un groupe d'infections chroniques (tuberculose, syphilis, trichophytie, sporotrichose) qui, d'autre part, diffèrent les unes des autres et par leur germe hautement différencié et par le mode habituel de leur évolution clinique. Cette structure tuberculoïde commune n'est autre que l'expression histologique de l'état allergique acquis par l'organisme du fait de l'infection.

En ce qui concerne la syphilis, Jadassohn et de nombreux auteurs à sa suite ont décrit la présence d'une structure tuberculoïde non seulement dans la période tertiaire mais aussi dans certains exanthèmes du second degré. Il convient de rappeler ici les noms de JADASSOHN, HERXHEIMER, PHILLIPPSON, BOWEN, LANG, GRIFFINI, JACOBI. En France, FAVRE et NICOLAS ont décrit dès 1907, sous le nom de syphilome tertiaire vrai, une forme tuberculoïde, caséifiante et progressive, dont l'assimilation au follicule tuberculeux est complète. Les éléments constituants de ce follicule syphilitique comportent des cellules lymphoïdes et plasmatiques, des cellules épithélioïdes, des cellules géantes enfin, le tout ordonné selon un agencement aussi régulier que celui réalisé par le tubercule issu du bacille de Koch.

Fait à noter, mais qui ne saurait surprendre à priori, certaines syphilides dont l'image histologique rappelle, par sa structure tuberculoïde, les altérations du bacille de Koch, affectent également, du point de vue clinique, une ressemblance indéniable avec les tuberculoses cutanées atypiques de Pautrier ou *tuberculides sensu stricto* selon Jadassohn et Lewansdowsky. Telles sont, par exemple, les syphilides péripilaires, lupoïdes, micro-papuleuses, dont le diagnostic différentiel avec le lichen scrofulosorum est souvent délicat. La similitude peut être si parfaite qu'elle a conduit certains auteurs français, Darier entre autres, à dénier après coup toute spécifité au groupe des tuberculides. C'est ainsi que Darier a proposé de remplacer le terme de tuberculide appliqué aux tuberculides papulo-nécrotiques, à l'érythème induré de Bazin, et au lichen scrofulosorum par le terme nouveau de tuberculoïde, pour signifier que les syndromes cliniques

sus-nommés ne représenteraient en quelque sorte que des réactions cutanées toxi-infectieuses, caractérisées par le trait commun de leur structure tuberculoïde, tout en restant susceptibles de relever d'étiologies différentes. Darier distinguerait donc des tuberculoïdes syphilitiques et des tuberculoïdes tuberculeux. Cette conception nous paraît inacceptable parce que fondée sur le seul critère histologique. Mais elle indique bien l'absence de toute spécifité diagnostique de tissu tuberculoïde. KYRLE d'ailleurs a publié à cet égard une observation on ne peut plus démonstrative : Il s'agissait d'une femme de 30 ans présentant sur les quatre extrémités, de nombreuses efflorescences, de siège folliculaire pour la plupart, correspondant au type classique des tuberculides papulo-nécrotiques. Celles-ci présentaient tous les degrés de leur développement, depuis la papule exsudative jusqu'à la macule atrophique pigmentée, en passant par les éléments papuleux livides centrés d'une croûtelle brunâtre adhérente. La réaction de Wassermann était négative. Les réactions à la tuberculine produisirent d'autre part une accentuation des phénomènes inflammatoires au sein des lésions éruptives ainsi qu'une réaction générale fébrile. A la suite même d'une cuti-réaction un lichen scrofulosorum apparut au tronc et sur les hanches. Le diagnostic ne faisait donc aucun doute : confirmé par l'image histologique il indiquait bien un tuberculide papulo-nécrotique. La guérison très nette des efflorescences sous l'influence d'une cure de tuberculine complétait encore la certitude du diagnostic. Cinq mois après sa sortie de l'hôpital la patiente se représente à la consultation atteinte d'une éruption si semblable à la première que le même diagnostic paraissait s'imposer. Un examen plus attentif toutefois révélait, en outre, des lésions papulo-nécrotiques, des adénites multiples et indolentes dans les deux plis de l'aine, concomitantes de lésions ulcéro-papuleuses à l'entrée de la vulve. L'examen sérologique du sang montrait en outre, à la différence du résultat noté lors de la première éruption, une réaction complètement positive. On pouvait se demander s'il ne s'agissait point là d'une infection mixte tuberculeuse et syphilitique, la lues récente favorisant le réveil de la tuberculose, manifesté par la récidive des tuberculides papulo-nécrotiques. Le nouvel exan-

thème se distinguait toutefois par certaines nuances cliniques, portant sur la consistance, la couleur, la grandeur et la polymorphie des efflorescences, des manifestations cutanées présentées par la patiente durant son premier séjour hospitalier. Cette récidive d'ailleurs n'était qu'apparente car il s'agissait en réalité d'une syphilis secondaire, mais d'une syphilis de type papulo-nécrotique, ne se distinguant en rien au point de vue histologique des tuberculides papulo-nécrotiques vraies précédemment observées. Dans un cas comme dans l'autre, on retrouvait autour de foyers inflammatoires, nécrobiotiques, des infiltrats tuberculoïdes disséminés, parsemés de cellules géantes. Le renouvellement des cuti-réactions tuberculiniques, lors de cette seconde éruption, produisit une forte réaction locale et générale mais resta sans effet sur les lésions éruptives. En d'autres termes, celles-ci ne manifestèrent point les signes d'une réaction de foyer. La nature syphilitique de l'éruption fut d'ailleurs confirmée par l'effet du traitement antiluétique : celui-ci produisit la régression rapide des efflorescences qui disparurent en deux mois, cependant que la réaction de Wassermann se retrouvait négative. L'observation de Kyrle démontre, à l'évidence, que le mode histologique réactionnel de l'organisme envers une infection déterminée est fonction du terrain bien plus que du virus même. *Elle souligne en outre l'importance primordiale de la réaction de Wassermann et du traitement d'épreuve dans le diagnostic différentiel des éruptions tuberculeuses et syphilitiques, pour lesquelles les preuves étiologiques directes ne peuvent être faites.* Les cas en effet où la similitude histologique et clinique crée des difficultés au diagnostic différentiel sont, par définition, ceux dans lesquels la démonstration directe du germe causal (tréponème ou bacilles de Koch) échoue.

L'application si fructueuse des réactions sérologiques (Bordet-Wassermann) au dépistage de la syphilis devrait donc supprimer toute hésitation dans le diagnostic différentiel des manifestations cutanées de la lues et de la tuberculose. Un doute subsiste toutefois sur la sécurité diagnostique des méthodes sérologiques en cours dans la syphilis, même en supposant que leur exécution ait eu lieu selon toutes les règles de l'art. Certes, sans être spécifique en soi, la réaction de Wassermann n'est positive, pratiquement, à quelques exceptions

près, que dans la syphilis. C'est bien là l'opinion courante qui sait faire la part des causes d'erreur, se manifestant par les résultats paradoxaux d'un Bordet-Wassermann positif en dehors de toute lues, dans certaines maladies tropicales, la malaria, les ictères, la scarlatine, etc. Mais on ne s'est guère préoccupé jusqu'ici de rechercher si la tuberculose était, elle aussi, susceptible de provoquer dans le sang des perturbations manifestées par une réaction positive du Bordet-Wassermann. Cette éventualité est sûrement exceptionnelle, à en juger par la littérature ; les faits toutefois ne permettent pas de l'exclure absolument. Certains auteurs, dont Matzenauer, signalent des cas de lupus du visage et des muqueuses, à WaR positif, chez des non syphilitiques. Cette même réaction positive a été notée par Török dans trois cas de tuberculides. Jadassohn, enfin, a fait des constatations analogues : le sérum de porteurs de tuberculides a provoqué, au contact de certains antigènes utilisés pour l'épreuve de Bordet-Wassermann, une réaction positive passagère. Le contrôle de cette réaction, pratiquée quelques semaines plus tard avec les mêmes antigènes, a donné par contre une réaction négative sans que dans l'intervalle aucun traitement spécifique ait été effectué. L'étude de ces réactions sérologiques paradoxales au cours de la tuberculose est d'ailleurs à reprendre, car les faits publiés jusqu'ici ne permettent pas d'affirmer que le Bordet-Wassermann positif, trouvé dans le sang de quelques malades porteurs ou de lupus vulgaire ou de tuberculides, n'ait pas été causé par une syphilis latente. Dans tous les cas, ils ne préviennent point l'objection d'une tuberculose ou de tuberculides sensu stricto développées chez des syphilitiques latents, dont l'infection muette ne se manifeste que par la seule réaction positive du Bordet-Wassermann. L'extension des méthodes sérologiques nous a d'ailleurs montré que le nombre de ces lues « sérologiques », connues des auteurs allemands sous le nom de « Halbinfektionen », persistantes malgré l'absence de signes cliniques, sont moins rares qu'on avait pu le penser.

On a souvent demandé aux traitements spécifiques d'épreuve un appui décisif dans le cas de lésions hybrides syphilo-tuberculeuses. En règle générale, les lésions syphilitiques réagissent et régressent rapidement sous l'effet du

mercure, du bismuth ou surtout des arsénobenzènes, à l'inverse des lésions tuberculeuses. Cet argument toutefois n'est point infaillible, et cela pour deux raisons : 1° Les composés arsenicaux, les arsénobenzènes en particulier, provoquent assez souvent une réactivation, voire une exacerbation, des lésions tuberculeuses ; c'est ce que Mouradian, Bane entre autres, ont montré pour les tuberculoses viscérales ou ganglionnaires. Une action sans doute du même ordre a été notée par Herxheimer et Altmann, dans le domaine de la tuberculose cutanée. 2° Un second groupe de faits concerne l'action curative indéniable de certaines affections cutanées, pour lesquelles le diagnostic de tuberculose ne paraissait point faire de doute, à la suite des médications antisyphilitiques. Le cas le plus intéressant à cet égard est celui de Peppmüller. Cet auteur a décrit un placard ulcéro-serpigineux dont le tissu, franchement tuberculeux du point de vue histologique, contenait en outre des bacilles acido-résistants. Une guérison rapide n'en fut pas moins obtenue par la médication spécifique alors en usage (mercure). Il est intéressant de rapprocher de cette observation déjà ancienne les constatations récentes de Sézary concernant l'efficacité des sels de bismuth dans le traitement du lupus érythémateux, que de nombreux auteurs rattachent à la tuberculose. Chez plusieurs malades, sûrement exempts de syphilis mais porteurs de lupus érythémateux, Sézary a observé la guérison rapide des lésions cutanées sous le seul effet de la médication bismuthique.

Depuis l'emploi de la tuberculine, les réactions de foyer déclenchées par cette substance ont toujours été considérées comme la preuve biologique indiscutable, quoique indirecte, de la nature tuberculeuse du syndrome considéré. Or, cette épreuve biologique paraît comporter aussi des exceptions en faveur de la syphilis. Mucha a provoqué en effet dans deux cas de syphilis cutanée, une réaction de foyer à la suite d'une injection sous-cutanée de tuberculine. Jadassohn d'autre part a réalisé, par l'application percutanée d'une pommade à la tuberculine selon le procédé de Moro dans deux syphilides lichénoïdes, des réactions locales très positives contrastant par leur intensité avec le résultat faiblement positif de la même réaction obtenue en peau saine. Il a pu faire

une constatation du même ordre dans un cas de lues tertiaire ulcéro-serpigineuse. Or, la structure histologique, dans les deux éruptions lichénoïdes, était franchement tuberculoïde. La même structure se retrouvait par endroits dans le cas de lues tertiaire. Dans les trois observations, le Wassermann fut trouvé positif et les lésions éruptives réagirent promptement au traitement spécifique.

N'ayant ainsi aucune raison de penser à la présence d'une lésion hybride, Jadassohn conclut à la possibilité d'une sensibilisation cutanée à la tuberculine par la syphilis sous certaines conditions. C'est considérer par là même la cutiréaction à la tuberculine comme une réaction de groupes, démunie de la stricte spécificité que la majorité des auteurs lui accorde.

Il ressort des considérations qui précèdent, que le diagnostic différentiel de la lues et tuberculose peut rester malaisé dans certains cas, en dépit des nombreux moyens auxiliaires de diagnostic. Seule la démonstration directe de l'agent pathogène pourrait trancher sans appel le différend. Mais, comme on s'en doute, les cas dans lesquels le diagnostic différentiel est épineux se refusent précisément à la démonstration directe de l'agent pathogène. On sait combien sont rares les bacilles de Koch dans les foyers lupiques. La constatation de spirochètes d'autre part dans les syphilis tubéro-serpigineuses tertiaires lupoïdes est tout à fait exceptionnelle.

En pratique, les réactions sérologiques ainsi que le traitement spécifique d'épreuves offrent des témoignages si constants de la nature syphilitique des lésions suspectées que les exceptions signalées plus haut nous paraissent négligeables. Il suffirait donc d'appliquer ces deux procédés en présence de toute lésion suspecte des téguments, dont la nature tuberculeuse ne soit pas évidente. Mais, le plus souvent, une première erreur d'importance capitale est commise dans le domaine du diagnostic. Le plus souvent, en effet, le diagnostic de lupus vulgaire est posé comme certain, alors qu'en réalité il s'agit d'une syphilide tertiaire lupoïde. On comprend sans autre que cette conclusion s'opère toujours dans le même sens. L'erreur de sens inverse, consistant à diagnostiquer

une syphilis lupoïde tertiaire en lieu et place d'un lupus tuberculeux, serait bien vite dénoncée par la réaction négative du Bordet-Wassermann, dont le premier diagnostic provoquerait instinctivement l'exécution. Tandis que la confusion d'une lues tertiaire du visage avec un lupus tuberculeux de la face risque d'être beaucoup plus durable, en l'absence de contre-épreuves sérologiques susceptibles de dénoncer l'erreur diagnostique. C'est bien ce que démontrent les trois observations que nous rapportons ici : Il s'agit de trois malades atteintes au visage d'une lues tertiaire d'emblée qui fut dans les trois cas, par erreur, étiquetée tuberculose. Chez deux malades même un traitement anti-tuberculeux fut institué et poursuivi durant de longs mois, avant que le véritable diagnostic fût posé. Il nous a paru intéressant de reprendre les observations de ces trois cas, en nous attachant à démontrer les particularités cliniques susceptibles d'attirer l'attention du médecin sur la possibilité d'une lues tertiaire lupoïde.

Observations cliniques.

Obs. I. B. H., 62 ans, ménagère.

Anamnèse : père et mère décédés d'affections indéterminées. Deux sœurs et un frère en bonne santé. Un frère est mort d'une maladie d'estomac.

La patiente a joui d'une bonne santé antérieure ; il y a trois ans, elle a dû suivre cependant un traitement médical durant quatre semaines pour albuminurie.

Veuve : mari mort de grippe. La patiente déclare n'avoir jamais eu de fausses couches. Elle a une fille de 40 ans, traitée en 1928 à la clinique dermatologique pour érythème exsudatif multiforme.

Affection actuelle : en janvier 1926, la patiente est atteinte de coryza ; sur le pourtour de l'aile droite du nez apparaissent de petits boutons rouges, fermes, prurigineux. Constatant que ces boutons s'agglomèrent et se multiplient, la patiente consulte un médecin. Celui-ci diagnostique un lupus et fait subir un traitement radiothérapique à la patiente. Mais les rayons X restent sans effet. Les lésions s'étalent lentement en surface jusqu'au 3. XI. 26 où la patiente est admise à la clinique dermatologique.

Status (3. XI. 26) : Femme en très bonne santé apparente. L'examen somatique général ne récèle rien de particulier.

Poumons, cœur, abdomen : en ordre.

Urine : albumine 0 ; sucre 0.

Radioscopie du thorax : Plages pulmonaires bien éclairées, noyau calcifié dans le lobe droit de la thyroïde, l'ombre de l'aorte paraît légèrement augmentée.

Status spécial : On constate, au centre du visage, un placard érythémato-squameux disposé transversalement sur le nez et les parties adjacentes des joues, envahissant la joue droite plus que la gauche. Ce placard présente une figure en croissant assez régulière, délimitée par deux zones infiltratives transversales et linéaires, à concavité inférieure. La ligne arciforme supérieure commence à droite, à un travers de doigt en dehors et un peu en dessous de la commissure labiale, et s'élève en courbe régulière vers le dos du nez, qu'elle franchit transversalement. Puis elle descend en pente douce vers un point situé à un travers de doigt en dehors et en dessus de la commissure labiale gauche. La disposition de cette ligne est — comme on le voit — à peu près symétrique.

La ligne concave inférieure commence à gauche au même point que la ligne supérieure, atteint la commissure, chemine le long de la lèvre supérieure dans sa moitié inférieure et s'arrête à deux centimètres environ de la commissure labiale droite. La limite du croissant figuré par ces deux rubans arciformes est donc interrompue en ce point.

Dans l'aire circonscrite par ces deux lignes arciformes, la peau est normale dans sa plus grande partie ; on distingue toutefois, dans les deux moitiés du placard, quelques petits îlots punctiformes ou nummulaires, plan-infiltrés, d'un rouge sombre ou violacé, masqué par des squames d'un blanc crétacé, assez adhérentes. Des lésions analogues recouvrent le repli cutané des orifices narinaires. Les zones de bordure du placard, larges de un cm. en moyenne, présentent une disposition polycyclique et témoignent d'une extension serpigineuse. Elles sont constituées par un tissu tubéreux, rouge-violet, de consistance un peu mollasse, surélevé de 3-5 mm. La surélévation progresse en pente douce jusque vers l'extérieur de la bordure, qui surplombe à pic la peau saine adjacente. Les mêmes squames blanchâtres et grasses masquent en partie l'infiltrat. (Fig. 1.)

Les lésions examinées à la vitro-pression prennent une teinte jaune-brun clair, persistante, mais ne montrent pas de lupomes vrais. Le tissu, d'ailleurs, ne se laisse pas pénétrer par la sonde boutonnée.

Muqueuse buccale : La face dorsale de la langue est divisée dans son tiers moyen par plusieurs sillons antéro-postérieurs,

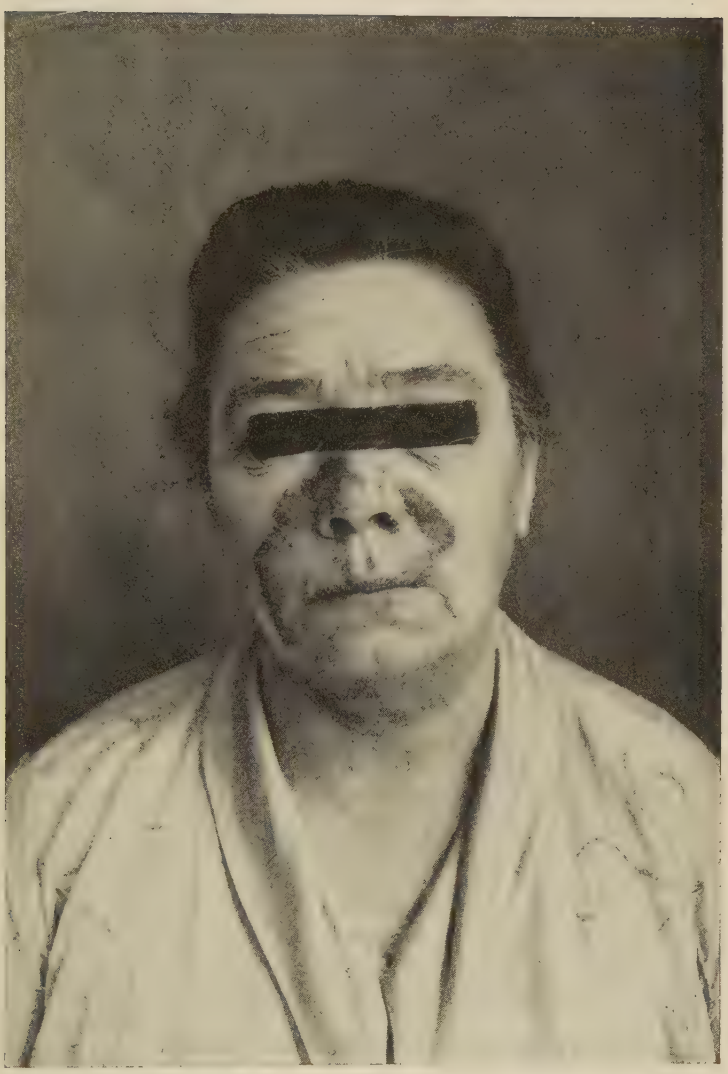

Fig. 1. Obs. I. Lues III dont le début avait simulé le lupus érythémateux. Au moment de la photographie, le placard présentait un aspect nettement psoriasiforme.

longs de 2-3 cm., reliés ici et là par une anastomose transversale. Dans l'intervalle des sillons, la muqueuse affecte la forme de bourrelets longitudinaux, mamelonnés. La surface offre une coloration blanc-nacré, disposée en mosaïque comme dans la leucoplasie.

Les pupilles, rondes et égales, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. On ne constate pas de troubles des réflexes, ni de la sensibilité.

Examen sérologique du sang, le 3. XI. 26 : 1. Bordet Wassermann : très positif + + + ; 2. Vernes péréthynol : 63.

Radioscopie du thorax, le 3. XI. 26. Plages pulmonaires claires, s. p., noyau de calcification dans le lobe droit de la gl. thyroïde.

Aorte : ombre un peu augmentée (11). Intradermoréaction tuberculinique (A T K 1/1000) selon technique de *Mantoux :* résultat franchement positif ; après 24 h., érythème infiltré, rosé, des dimensions d'une pièce de 5 fr. ; après 48 h., on constate une induration centrale surmontée d'un soulèvement exsudatif de l'épiderme.

Une cure antiluétique combinée au néomesarca (Roche) et à l'oléo-bismuth est aussitôt instituée. Deux semaines après le début du traitement, la malade ayant reçu 1,50 néo, les lésions cutanées, qui n'avaient aucunement réagi durant près d'un an aux autres médications essayées (rayons ultra-violets, Fowler, radiothérapie), avaient régressé presque complètement, laissant comme seul vestige une teinte rosée des téguments. Celle-ci disparut par la suite au cours du traitement spécifique, sans laisser aucune cicatrice.

Cette guérison clinique a dès lors persisté. La patiente a suivi dès le début de son séjour hospitalier un traitement antisyphilitique comportant, du 3. XI. 26 au 9. III. 27 : 6,50 gr. néomesarca et 24 cc. oléo-bi. Puis, du 28. IX. 27 au 18. 1. 28 : 3,60 gr. néomesarca et 14 cc. oléo-bi.

Celui-ci n'a pas réussi à modifier de façon très sensible l'état sérologique. Le Bordet Wassermann, en effet, est resté très positif et le pouvoir floculant du sérum pour le péréthynol (Vernes) ne s'est pas abaissé au-dessous de 20 à la fin du traitement spécifique.

Une biopsie, prélevée en bordure du placard tubéro-serpigineux, a montré une inflammation chronique banale, disposée en manchons périvasculaires de type lymphoïde dans l'étage moyen du chorion. Œdème et dégénérescence du tissu collagène dans la couche subpapillaire. – Une inoculation au cobaye n'a donné aucun résultat.

En résumé, chez une femme de 62 ans, sans antécédents syphilitiques apparents, développement, au centre de la face, d'une syphilide tertiaire papulo-squameuse et tubéreuse à disposition circinée. A noter une ressemblance avec le lupus érythémateux chronique. Guérison clinique complète et rapide par les arsénobenzènes et l'oléo-bismuth.

* * *

Obs. II. B. M., 45 ans, ménagère, originaire du Haut-Valais. En traitement du 4 octobre 1928 au 27 octobre 1928 à la clinique dermatologique. Deuxième séjour du 14 novembre 1928 au 23 novembre 1928.

Anamnèse : Père mort de vieillesse, mère morte de maladie d'estomac à 37 ans. Un frère en bonne santé.

Pas d'affection cutanée dans la famille. Aucun signe suspect de tuberculose.

Antécédents personnels : N'a jamais été malade. Mari en bonne santé. Dix grossesses dont sept enfants en bonne santé.

Un enfant mort à 5 semaines ex. utero (3e).

Un missed abortion (7 semaines in. utero) 6e grossesse.

Un enfant mort à 9 semaines ex. utero. (9e).

Maladie actuelle : En septembre 1927, la malade voit apparaître au milieu du dos du nez un « bouton » rouge vif, qui s'étend assez rapidement vers les parois latérales et vers la partie inférieure du nez. Pas de vésicule, ni de pustule. La peau est rouge et infiltrée. Etat général bon. Pas de fièvre.

En octobre 1927, la malade consulte un premier médecin, qui ordonne une pommade, puis de la teinture d'iode. Mais le placard continue à s'étendre. En novembre, elle consulte un oto-rhino-laryngologiste qui parle de tuberculose de la peau et fait une excision dans le nez.

En mai 1928, ne constatant pas d'amélioration, la malade s'adresse à un troisième médecin qui fait aussi une intervention (scarifications) sous narcose. Mais le placard s'est toujours étendu, gagnant la lèvre supérieure. Le médecin applique ensuite une pommade, et la garde un mois en traitement dans une clinique. Ce traitement amène une grande amélioration, qui se maintient jusqu'à la fin de juillet. Mais subitement, tout l'ancien placard se réveille. Il est d'un rouge très vif et très infiltré. Pas de fièvre. Etat général très bon.

La malade se montre à la consultation de la clinique dermatologique de Lausanne, où elle est admise le 4. X. 28.

Status spécial : Les lésions occupent le centre du visage et dessinent deux bandes superposées à grand axe transversal, l'une occupe la lèvre supérieure jusqu'au nez, l'autre s'étend sur le nez jusqu'à un travers de doigt en dessous de la glabelle.

Dans l'ensemble, les lésions dessinent un triangle, dont la base correspond au bord de la lèvre supérieure, et mesure 8 cm. Les téguments présentent une teinte d'un rouge-violacé. Les bords sont nettement polycycliques, et forment sur la peau saine un rebord violacé de ½ à 1 ctm. de largeur. Le tissu atteint est translucide, sous l'épiderme : sa coloration, d'un jaune bistré, rappelle celle du tissu lupique, mais, à la vitro-pression, on ne constate pas de lupomes isolés nettement distincts.

De nombreuses téléangiectasies sillonnent ce tissu lupique, surtout sur le nez.

Le mélange de ces téléangiectasies, de ces infiltrats au relief bosselé, et la coloration de fond très violacée à la vitro-pression, contrastent avec la teinte rouge vif des lésions dans leur ensemble.

L'épiderme, très aminci, manque sur de nombreux points; en lieu et place sont des érosions, que masquent des croûtes mélicériques.

Les rebords des narines, le bord libre de la lèvre supérieure présentent de nombreuses croûtes qui envahissent l'intérieur des narines et la face interne de la lèvre.

La consistance des téguments est élastique, rénitente, toutefois la sonde boutonnée pénètre dans ce tissu presque aussi facilement que dans un lupus vulgaire. Des hémorragies punctiformes apparaissent aux endroits défoncés.

Sur la lèvre supérieure, le tissu lupoïde, particulièrement exubérant, forme des élevures et des bosselures atteignant jusqu'à 1 cm. d'épaisseur. La caractéristique de ces tissus, au point de vue morphologique est leur infiltration tubéreuse peu destructrice. (Fig. 2.)

Etat général : bon.

Système nerveux : en ordre.

Les pupilles, rondes, réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation.

Réflexes tendineux	tricipitaux patellaires achilléens	}	présents et normaux.
» *cutanés*	abdominaux plantaires	}	présents et normaux.

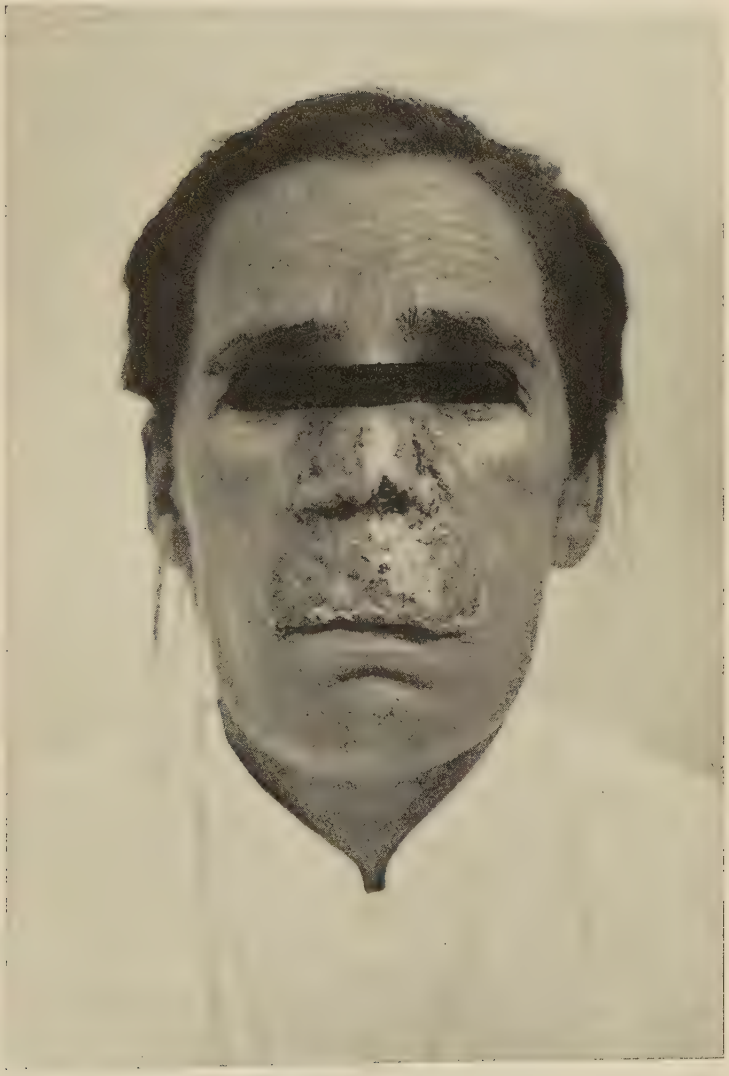

Fig. 2. Obs. II. Syphilide tertiaire lupiforme.

Intellect bon.

Poumons : rien de particulier à l'auscultation, murmure vésiculaire normal, percussion r. d. p.

Cœur : s. p. limites normales, bruits réguliers, bien frappés.

Système digestif : dentition défectueuse, pas de trouble digestif.

Urine : sucre 0 ; albumine 0.

Sang : WaR : +++ Ve. 95.

Pharynx et sinus en ordre.

Le septum présente sur ses deux faces une muqueuse encore un peu infiltrée, irrégulière, de consistance molle et de couleur rose-grisâtre, ne saignant pas facilement. Cette infiltration s'étend jusqu'à la partie post. du septum et, en avant, envahit le plancher nasal, notamment à gauche. A la partie post. inférieure du septum : petite perforation (2×2 mm.) à bords très nets. Muqueuse nasale atrophique, surtout à droite, avec nombreuses croûtelles.

Tests eczématogènes : négatifs.

Le WaR étant +++ (Vernes péréthynol 95), on pose le diagnostic de :

Lues tertiaire tubéreuse et lupoïde.

Le 8. X. 28, on commence le traitement au néo-mesarca et oléo-bi.

Pirquet légèrement positif le 12. X. 28. Sédimentation : vitesse moyenne 25. Tuberculine : Mantoux 1 $^{0}/_{000}$ faiblement +.

Le 18. X. 28, radiographie : plages pulmonaires normales, sinus libres, ombre hilaire un peu augmentée.

Le 19. X. 28, grosse amélioration : le placard est affaissé, de surface plus lisse et de coloration offrant beaucoup moins de contraste avec la peau saine.

Le 25. X. 28, l'amélioration se poursuit, le placard est affaissé de coloration moins cyanosée et de surface beaucoup plus lisse. Sur le nez, on voit encore quelques téléangiectasies. La lèvre est tout à fait souple. Les narines sont propres, ouvertes et perméables.

Le 23. XI. 28, la malade quitte le service et reviendra pour un traitement en policlinique.

WaR : +++. Vernes 54. Bes. ---- Ve. résorcine 34.

Le 29. XI. 28. Néo-mesarca : 0,75. Oléo-bi : 2 cc.

Le 5. XII. 28. Néo-mesarca : 0,75. Oléo-bi : 2 cc. La lèvre supérieure est bien souple et de coloration moins vive.

Le 13. XII. 28. Néo-mesarca : 0,75. Oléo-bi : 2 cc. Les parties scarifiées se distinguent maintenant par leur teinte pâle. La bordure présente elle aussi une coloration beaucoup moins vive.

Quelques fines téléangiectasies sillonnent ce bord. Le WaR est toujours très positif : + + + ; la réaction de Vernes au péréthynol indique par contre : 9.

La malade a reçu 8,25 gr. de néo-mesarca et 26 cc. d'oléo-bi.

Une biopsie, pratiquée le 6. VI. 28 dans la zone d'extension du placard triangulaire, montre un tissu d'aspect franchement lupoïde : infiltration dense occupant toute la hauteur du derme. On constate de nombreuses cellules géantes du type de Langhans éparses ou incluses dans un tissu conjonctif dense, riche en lymphocytes et en fibroblastes proliférés. Ceux-ci sont en voie d'évolution épithélioïde. La structure rappelle le plus l'aspect tuberculoïde des sarcoïdes de Darier-Roussy. Inoculation d'un fragment cutané au cobaye. Résultat négatif deux mois et demi plus tard.

L'examen sérologique pratiqué chez six des sept enfants actuellement vivants de la patiente, a donné chez tous un Bordet, Wassermann fortement positif. Ces enfants, âgés de 15 à 28 ans ne présentaient aucun signe clinique de lues.

En résumé, développement d'une syphilide tertiaire d'emblée lupiforme de la face chez une femme de 45 ans, sans antécédents spécifiques connus. Au double point de vue clinique et histologique les lésions simulaient un lupus vulgaire. Leur inoculation n'a pas tuberculisé le cobaye. Guérison clinique complète en quelques semaines sous l'effet du traitement antiluétique. Hérédo-lues latente chez six des sept enfants, en parfaite santé apparente, de la patiente.

* * *

Obs. III. D. M., 44 ans. Domicile : Crissier. Origine : Versailles (France), ménagère.

Entrée le 13. XI. 28, sortie le 23. XII. 28.

Anamnèse : Père mort à 80 ans, mère morte à 28 ans d'une tumeur dans le côté. Un frère en bonne santé.

Pas d'affection cutanée dans la famille.

La malade a une fille, ayant souffert de pleurésie à l'âge de 24 ans.

Antécédents personnels : La patiente n'a jamais été malade jusqu'en 1924, où elle a fait une grippe, suivie d'ictère. Jamais d'affection cutanée, ni de varices.

Maladie actuelle : En automne 1926, assez brusquement, la malade a de la peine à respirer par le nez, puis la narine droite s'obstrue complètement. On n'observe rien de particulier extérieurement.

Elle consulte un spécialiste qui prescrit des fumigations, mais le traitement n'amène pas d'amélioration.

Il y a une quinzaine de jours, la racine du nez devient rouge, infiltrée et douloureuse. Une tumeur apparaît, qui grossit régulièrement jusqu'à atteindre le volume d'une noix en même temps qu'elle devient fluctuante, à partir du 9. XI. 28. La malade fait des compresses d'eau bouillie. Le 12. XI. 28, la tumeur crève spontanément; il s'en écoule un pus jaunâtre.

Status : Bon état général. Intellect bon. Pupilles rondes égales, réagissent normalement. Les réflexes cutanés et tendineux sont présents et normaux.

Poumons : A la percussion comme à l'auscultation, on ne trouve rien de pathologique. Radioscopie : s. p.

Cœur : Un peu agrandi, bruits un peu sourds, mais réguliers et bien frappés. Orthodiagramme : ventricule gauche un peu agrandi. Le diamètre et l'opacité de l'aorte sont également augmentés.

Système digestif : en ordre.

Urine : Sucre, 0 ; albumine, 0.
WaR. +++ Vernes 62.
Bes. +++ Res. 66.

Status spécial : On constate sur la racine du nez une tumeur renflée en applique, du volume d'une noix, rouge vif, recouverte de squames blanchâtres, fluctuante en son centre, ferme à la périphérie, un peu douloureuse à la palpation. Près du milieu de la tumeur, un peu sur la gauche, petite croûtelle mélicérique, masquant le pertuis par où le contenu s'est échappé spontanément.

Examen du service d'oto-rhino laryngologie le 22. XI. 28 (prof. Barraud).

Septum épaissi sur ses deux faces. Muqueuse bourgeonnante, pâle, touchant le méat moyen, dans sa partie postérieure, à gauche comme à droite. Prolifération de la pituitaire au niveau des cornets moyens et inférieurs plus marquée à droite.

On excise un lambeau sur la face latérale du septum pour inoculation au cobaye. (Résultat négatif le 10. I. 29.)

Sur le pilier antérieur droit, on observe une érosion très peu profonde, à fond blanchâtre, entourée d'un halo rouge vif.

Le 13. XI. Pirquet négatif.

Le 14. XI. Vitesse de sédimentation. Indice 12.

Le 15. XI. Hémostyl réaction positive. Ther. Ichtyol-alcool.

Le 17. XI. On commence le traitement spécifique, cure mixte au néomesarca et à l'oléo-bi.

Cette cure antisyphilitique a dû bientôt subir des modifications, car, dès le huitième jour à partir de la première injection de néomesarca (0,15 le 17. XI. 28), la patiente fut atteinte brusquement d'une éruption morbilliforme, disséminée en nombreuses macules lenticulaires rose vif, infiltrées et légèrement saillantes, couvrant la poitrine et le dos. Cette éruption, absolument comparable aux faits englobés par Milian dans son groupe des phénomènes biotropiques, disparut en quatre jours, en marquant son passage par une ascension de la température jusqu'à 39,2°.

Un nouvel essai (1. XI. 28), constitué par l'injection de néomesarca 0,30, a provoqué l'apparition d'une éruption analogue, mais plus précoce et de plus courte durée : elle s'est développée en effet 3-4 heures après l'injection et a disparu dans les 24 heures.

A noter que d'autres éruptions concomitantes ou consécutives au premier exanthème ont surgi sur les téguments ; nous avons noté une éruption vésiculo-pustuleuse groupée en placards sur les deux fesses, le lendemain du jour où s'était développée la première éruption morbilliforme. Deux semaines plus tard, nous avons constaté une gingivite due à l'association fuso-spirillaire, dans le temps même où un gros furoncle apparaissait dans la fesse gauche. Entre temps, un petit séquestre provenant des os propres du nez s'est éliminé par la fistule signalée au centre de la gomme ramollie. Dès lors, celle-ci s'est cicatrisée rapidement sous l'effet d'une cure à base d'iodure de potassium per os, à raison de 1,5 K I pendant 10 jours.

Au moment où la patiente a quitté la clinique, le 23. XII. 28, on constatait sur l'emplacement correspondant à la gomme, une ensellure discrète, recouverte de peau blanchâtre, cicatricielle, un peu adhérente aux plans profonds. Perforation circulaire des dimensions d'une pièce de 1 centime dans la partie antérieure du septum. Sinon, muqueuse nasale sans particularité.

En résumé, chez une femme de 44 ans, sans antécédents luétiques connus, développement spontané de lésions fongueuses et gommeuses dans la muqueuse nasale et les téguments recouvrant les os propres du nez. Du point de vue clinique, les lésions cutanées rappelaient le scrofuloderme, tandis que les altérations de la muqueuse nasale simulaient la tuberculose fongueuse. L'examen histologique montre par endroits une structure tuberculeuse. Résultat négatif de l'inoculation au cobaye. WaR : +.

Guérison cicatricielle des lésions par l'iodure de potassium.

Discussion. — Les trois observations que nous venons de rapporter présentent un premier trait commun dont nous voulons signaler tout d'abord l'importance : C'est le développement spontané à la face, de lésions différentes dans leur aspect clinique, mais relevant toutes trois de la syphilis tertiaire d'emblée. Chez les trois malades en effet l'évolution de l'infection syphilitique fut parfaitement silencieuse jusqu'à l'avènement de tertiarisme d'emblée. La preuve en est fournie entre autres dans notre observation 2, par les dix grossesses que la malade a conduites jusqu'au terme, à une exception près (1 missed abortion lors de la 6e grossesse). Les neuf grossesses arrivées à terme ont donné des enfants en bonne santé apparente, dont deux seulement (3e et 9e grossesse) sont morts, après cinq et neuf semaines, d'affections aiguës indéterminées. Les sept autres enfants, en parfaite santé actuelle, ne présentent, nous l'avons vu, aucun signe clinique de lues. Ils n'en sont pas moins des hérédo-syphilitiques puisque, chez six d'entre eux, une analyse sérologique récente a donné un Wassermann franchement positif.

La confusion possible de ces lues tertiaires d'emblée de la face, avec la tuberculose en général et le lupus vulgaire en particulier, s'explique d'autant mieux dans notre observation 2 que les lésions cutanées présentaient un caractère lupoïde des plus accusé, au point de vue non seulement clinique mais encore histologique. Cette observation présentait les plus grandes affinités, au point de vue morphologique, avec un cas de syphilide tertiaire lupiforme de la face, présentée par Pautrier, en 1921, à la réunion dermatologique de Strasbourg. Hudelo et Rabut ont décrit d'ailleurs un cas analogue récemment. Faut-il donc admettre avec ces derniers auteurs que la syphilide tertiaire lupiforme puisse déterminer un lupus vulgaire typique, au sens clinique et histopathologique du mot ? Nous ne le pensons pas, car, à défaut de critérium histologique sûr, la syphilis lupoïde de la face se distingue du lupus vulgaire par quelques particularités cliniques qui, discrètes en elles-mêmes, présentent par leur association une importance certaine au point de vue du diagnostic différentiel. Mais, dans les lésions à la période d'état, la coloration rouge vif, plus aiguë dans la lues lupoïde

que dans le lupus vulgaire, s'accompagne d'un développement considérable de veinectasies à la surface des foyers cutanés. Il convient d'ajouter à ces deux caractères cliniques un troisième signe concernant la qualité des infiltrats lupoïdes. Ceux-ci n'apparaissent point aussi nettement dans la syphilis lupiforme que dans le lupus vulgaire. Dans notre observation 2, nous distinguions bien par transparence des infiltrats grisâtres, translucides, mais ceux-ci ne s'émiettaient pas en lupomes isolés comme le fait le lupus vulgaire. Nous reconnaissons l'importance relative des trois signes morphologiques dont le développement variable ne présente de la tuberculose à la syphilis qu'une différence purement quantitative. Aussi n'est-ce point à l'état morphologique des lésions une fois constituées que nous attacherons beaucoup d'importance dans le diagnostic différentiel des syphilides lupiformes. Nous accordons par contre beaucoup plus de valeur au mode et à la rapidité du développement des lésions lupoïdes tertiaires. La syphilis tertiaire d'emblée, en effet, se développe à la face en un temps beaucoup plus court que ne le ferait un lupus vulgaire. Nos deux premières observations sont très typiques à cet égard : En moins d'un an, les lésions prenant naissance sur le nez avaient envahi sur le centre du visage une surface que n'aurait pu couvrir en 10 ans un lupus tuberculeux. On contestera peut-être la validité de cette opinion en objectant le développement rapide que peut affecter le lupus vulgaire dans certains cas, à la suite des maladies anergisantes telles que rougeole et coqueluche. On voit en effet apparaître dans ces conditions de vastes placards de lupus tuberculeux en un temps court, ne dépassant pas quelques mois, mais ces cas sont exceptionnels, apparaissent chez de jeunes enfants, et leur localisation au visage n'a pas été décrite que l'on sache. Aussi pouvons-nous faire abstraction de ces faits dans le cas qui nous occupe. Cette rapidité du développement, signalée déjà par Besnier et Thibierge, est un bon signe pour le diagnostic différentiel. Après une première poussée extensive, marquant son apparition, la syphilide lupiforme peut subsister dans cette période d'état durant des années, presque sans changement, tout comme un lupus vulgaire. Ainsi, dans l'observation de Gaucher et Lacapère, le sujet, un hérédo-

syphilitique, présentait un placard lupiforme sur le nez, datant de 31 ans, et réfractaire à tous les traitements locaux non spécifiques. Sans atteindre une durée aussi imposante, les lésions de nos trois malades persistaient et s'étendaient lentement depuis plus d'un an, en dépit de toutes les thérapeutiques locales destinées à la tuberculose. Les échecs de ces dernières contrastent singulièrement avec la régression presque totale des lésions, en moins de quatre semaines, à partir du jour où fut appliquée la médication antisyphilitique. La disparition graduelle et rapide des lésions dans leur entier, sous l'effet des arsénobenzènes et des sels de bismuth, est une preuve importante et selon nous le signe irréfutable de la nature exclusivement syphilitique des lésions cutanées présentées par nos trois malades. Il s'agissait bien en effet de lues tertiaire et non point de lésions hybrides syphilo-tuberculeuses. Car celles-ci ne régressent que partiellement aux antisyphilitiques. Dans la règle, l'amélioration des lésions hybrides par la médication spécifique ne progresse point au delà des premières injections. C'est ce dont témoigne l'observation de Leloir et le cas plus récent présenté par Ramel à la Société suisse de dermato-vénérologie (Lausanne 1927). Il s'agissait, en effet, non plus d'un lupus mais d'une tuberculose fongueuse en nappe circinée, chez un homme de 32 ans à Wassermann positif. L'inoculation positive au cobaye rendait certaine la nature tuberculeuse du placard, dont la disposition circinée et polycyclique laissait présumer d'autre part une participation également active du tréponème. La régression partielle des lésions cutanées par le traitement antiluétique impliquait également une hybridité de germes.

Dans nos deux premières observations, la médication spécifique entraîna la guérison totale et sans aucune cicatrice des lésions cutanées tertiaires. Les cicatrices subsistant après guérison clinique, chez la malade de notre observation II, étaient, en effet, antérieures au traitement. Les deux premières formes présentaient en soi une tendance beaucoup moins destructive que les lésions gommeuses notées dans le 3e cas. Chez cette troisième malade, il s'agissait d'une gomme développée dans les os propres du nez dont la destruction était déjà consommée lorsqu'apparut sur la racine du nez la

tuméfaction violacée à titre de scrofuloderme, première manifestation cutanée du processus spécifique jusqu'alors localisé dans les muqueuses nasales et rhino-pharyngées.

Il est intéressant de relever les divergences cliniques séparant les lésions de nos trois observations, qui mimaient, si l'on peut dire, trois des formes différentes que peut revêtir la tuberculose cutanée. Nous avons déjà parlé plus haut de la similitude clinique présentée par la syphilide lupiforme de notre observation II avec le lupus vulgaire. Dans l'observation I, par contre, la première impression n'était pas celle d'un lupus de Willan mais d'un lupus érythémateux, grâce à l'infiltrat rouge vif, le caractère un peu atrophique des régions centrales et les squames adhérentes qui masquaient le placard en grande partie. La localisation et les limites franches de la lésion n'étaient pas d'ailleurs pour exclure ce diagnostic. Celui-ci, toutefois, était infirmé par la disposition polycyclique et circinée du placard.

A noter la présence concomitante dans notre observation I d'une glossite syphilitique dont les manifestations atténuées avaient pu passer inaperçues, pour un esprit non prévenu, en raison de leur discrétion même.

Nous avons déjà signalé l'importance primordiale en pratique des réactions sérologiques de Bordet-Wassermann et des autres tests sérologiques de la syphilis (Réaction de Hecht, réaction photométrique de Vernes au péréthynol). Celles-ci en effet, en cas de réaction positive, permettent d'affirmer l'existence d'une syphilis, sinon en activité, tout au moins latente. Il n'est pas démontré, à l'heure actuelle, que la tuberculose soit à même de provoquer des perturbations humorales, manifestées par la présence d'un Bordet-Wassermann positif, indépendant de toutes lues. Car Boas et Wirth, dans une statistique comprenant 1061 lupiques, ne trouvent que six réactions positives. Ces constatations nous permettent de conclure, nous semble-t-il, que chez un porteur de lupus tuberculeux avéré, une réaction de Wassermann positive indique une lues surajoutée. Cette opinion est confirmée par l'observation que nous avons pu faire, à la clinique dermatologique, de deux cas de lupus vulgaire vérifiés par l'examen histologique et la tuberculisation du cobaye ; lupus vulgaires

indiscutables déjà au point de vue clinique mais présentant cette particularité de s'être développés chez des hérédo-syphilitiques. Il s'agissait de deux enfants âgés respectivement de quatre et huit ans présentant un Wassermann positif sans aucun autre signe de lues. Et, dans les deux cas, les parents avaient été traités pour lues acquise et reconnue. Le traitement spécifique aux arsénobenzènes institué chez les deux petits malades ne fut d'aucun effet sur les placards lupiques. Cet échec de la thérapie confirme bien notre opinion qu'il s'agissait d'un lupus vulgaire banal développé sur un terrain syphilitique. Or, notre définition du lupus vulgaire est basée sur l'étiologie ; disons, pour éviter tout malentendu, que cette affection représente toujours pour nous une tuberculose cutanée. Pour cette raison, et par définition, la syphilis ne saurait jouer aucun rôle déterminant direct dans la production du lupus vulgaire. Nous pensons que la conception qui fait du lupus vulgaire une entité étiologique est beaucoup plus rationnelle que la notion inspirée déjà par Willan qui voit, dans l'élément essentiel du lupus vulgaire, le lupome, quelle que soit la cause qui le réalise. De trop nombreux critères, basés sur la clinique, les effets de la thérapie et sur l'évolution, permettent de différencier le lupus vulgaire de la syphilis lupiforme pour qu'on ne puisse ranger l'une et l'autre manifestation dans le cadre mal ajusté d'une réaction cutanée de nature toxi-infectieuse. Certes, les manifestations cutanées que peuvent engendrer une tuberculose et une syphilis concomitantes dans un même organisme sont complexes. Mais, en pratique, les réactions sérologiques de la syphilis jointes à un traitement spécifique d'essai, voire dans certains cas l'inoculation au cobaye, nous permettront de débrouiller sans trop de peine les différentes possibilités d'association entre lues et tuberculose.

Ainsi nous distinguerons ; *a)* les syphilis lupiformes d'emblée, qui se distinguent du lupus vulgaire, nonobstant une ressemblance clinique parfois très accusée, par le Wassermann positif, la guérison rapide par le traitement arsénobenzonique et le résultat négatif de l'inoculation au cobaye des tissus lupoïdes. Le tertiarisme d'emblée peut encore, nous l'avons vu, affecter au visage d'autres formes cliniques que le lupus vulgaire. Il est néanmoins susceptible de prêter à confusion

avec la tuberculose, ainsi que nos observations 1 et 3 en font foi. Les caractères différentiels que nous avons notés pour la syphilide lupiforme s'appliquent donc — *mutatis mutandis* — à ces autres formes également. Il convient de se demander si la similitude de la syphilis lupiforme avec le lupus vulgaire, similitude accusée au double point de vue clinique et histologique, est le fait d'un terrain tuberculeux particulier agissant à la façon d'une épine irritative, susceptible d'expliquer l'évolution si spéciale de la syphilis tertiaire en pareil cas. Telle est l'opinion de Longin, dont on ne saurait nier la légitimité malgré l'absence de preuves objectives.

b) Il s'agit, en l'occurrence, de véritables hybrides, par concomitance des germes spécifiques in vitro. La démonstration directe des agents pathogènes est toutefois impossible pratiquement pour la syphilis et casuelle pour la tuberculose. L'inoculation au cobaye, en effet, ne donne de résultats positifs apparents que dans certains cas. Au point de vue morphologique, ces lésions par hybridité de germes rappellent plutôt les altérations qualitatives de la tuberculose : Le tissu, quelquefois lupiforme, affecte plus souvent l'aspect de la tuberculose fongueuse. Mais la disposition circinée et l'extension serpigineuse, signes presque toujours présents, attestent au point de vue clinique la participation active du tréponème. Le traitement d'épreuves spécifique produit, à l'ordinaire, une amélioration immédiate mais partielle sur les lésions. Le Bordet-Wassermann et les autres réactions sérologiques de la lues sont, il va sans dire, positives.

c) Nous rangeons dans cette rubrique des lésions tuberculeuses cutanées de toutes formes, mais développées chez des syphilitiques latents. Le lupus vulgaire de la face nous occupera plus spécialement ici pour les raisons indiquées plus haut. Le Bordet-Wassermann est ici aussi franchement ou faiblement positif. L'action du traitement d'épreuve sur les lésions cutanées est nul ou exerce au contraire une action nettement aggravante. Nous retrouverons ici un cas particulier de cette réactivation des foyers tuberculeux sous l'influence des arsenicaux et plus spécialement des arsénobenzènes. Rappelons ici les travaux de Mouradian et de Bane qui se sont attachés à cette démonstration.

En résumé : I. La *syphilis tertiaire du visage* peut pré-

senter avec la tuberculose une ressemblance susceptible de prêter à confusion. Celle-ci est surtout accusée dans les cas de syphilides tertiaires lupiformes qui rappellent le plus, par leurs caractères cliniques et histologiques, le lupus tuberculeux. Une observation typique en est rapportée. Dans les deux autres observations également publiées, les lésions pouvaient faire penser à la tuberculose ; dans un cas (3), on pouvait incriminer une gomme tuberculeuse ou scrofuloderme, dans l'autre, un lupus érythémateux était à prendre en considération.

II. Pour parer aux inconvénients de cette confusion diagnostique (erreur de traitement prolongée pendant de longs mois), il importe de pratiquer un Bordet-Wassermann et les réactions sérologiques habituelles de la syphilis chez tout lupus vulgaire clinique ou lésion pouvant y faire penser. Les réactions sérologiques de la lues d'une part, le traitement d'épreuve d'autre part, sont en pratique les deux critères nécessaires et suffisants pour débrouiller le diagnostic différentiel entre lues et tuberculose, ainsi que pour distinguer les différentes manifestations cutanées que la co-existence des deux maladies peut réaliser en un même organisme. Celles-ci répondent à trois types :

1. Les syphilides lupiformes.

2. Les métissages syphilo-tuberculeux par hybridité de germes.

3. Les tuberculoses cutanées, le lupus vulgaire en particulier, développées sur le terrain spécifique d'une lues latente.

LAUSANNE — IMPRIMERIES RÉUNIES, S. A.

LAUSANNE — IMPRIMERIES RÉUNIES, S. A.